Nazwisko podopiecznego: **Urząd:** **Data oceny:**

Nazwisko pracownika: **Personel:** **Data wydruku:**

Podsumowanie usług

Nazwisko podopiecznego: **Data oceny:**

Adres:

Telefon: **Wewnętrzny:** **Pracownik:**

Płeć: **Wiek:** **Telefon pracownika:** **Wewnętrzny:**

Kontakt w nagłych wypadkach: **Telefon:** ( ) - **Typ:**

Opiekun rezerwowy: **Telefon:** ( ) - **Typ:**

Język Podstawowy: **Czy mówi po angielsku?** **Czy potrzebny tłumacz?**

Osoba upoważniona
Typ:

Nazwisko: **Telefon:** ( ) - **Typ:**

Lekarz pierwszego kontaktu: **Telefon:** ( ) - **Typ:**

Nieformalna pomoc:

Nazwisko	Telefon

Pomoc urzędowa:

Pomoc urzędowa	telefon

Usługi
Podopieczny jest funkcjonalnie uprawniony do:

Planowana pomoc codzienna:

Klasyfikacja: **Dziennie:** **Ilość godzin miesięcznie:**

Opieka osobista
Zrzeczenie się #1 _____ _____

Zrzeczenie się #2 _____ _____

Zrzeczenie się #3 _____ _____

W sumie godzin zatwierdzonych _____

Podopieczny odrzucił pomoc w poniższych segmentach:

Poniżej podano potrzeby podopiecznego, kto/co spełnia te wymagania i harmonogram wybrany przez podopiecznego:

Opiekun:
Spełni poniższe wymagania:

Harmonogram:

Dzień	W godzinach od do	Godzina - początek	Godzina - koniec

Opiekun
Spełni poniższe wymagania:

Harmonogram

Dzień	W godzinach od - do	Godzina - początek	Godzina - koniec

---

Opiekun :
Spełni poniższe wymagania:

Harmonogram:

Dzień	Godziny od - do	Godzina - początek	Godzina - koniec

Środki:

Typ	Kto realizuje	Oddziaływanie poprzez

Cele podopiecznego:
Krótki opis celu:

Status: **Kto go realizuje:**

Obszerny opis celu:

Krótki opis celu:

Status: **Kto go realizuje:**

Obszerny opis celu:

Krótki opis celu:

Status: **Kto go realizuje:**

Obszerny opis celu:

Krótki opis celu:

Status: **Kto go realizuje:**

Obszerny opis celu:

Plan dotyczący szczegółów lokalowych - NSA:

Opis NSA:

Nazwisko prowadzącego sprawę :

Numer telefonu prowadzącego sprawę :

Rolą prowadzącego sprawę jest:

1. Przeprowadzić ocenę i kontrolę tej oceny w celu sprawdzenia czy podopieczny spełnia warunki uczestnictwa w programie i w celu autoryzowania płatności za usługi.
2. Nakreślić plan opieki przy współudziale ubiegającego się.
3. Weryfikować czy usługi są wykonywane w zgodzie z planem opieki oraz modyfikować ten plan w razie konieczności.

Ubiegający się mają prawo odmówić korzystania z usług innych niż te wymienione powyżej w punktach 1, 2 oraz 3.

Jestem świadom / a wszystkich dostępnych mi możliwości i zgadzam się na powyższy plan usług. Upoważniam Departament Zdrowia i Pomocy Społecznej (DSHSA) i / oraz przedstawiciela sieci Ludzi Starszych do uzyskania lub udostępnienia informacji niezbędnych do sporządzenia mojego planu usług.

Podpis podopiecznego / Przedstawiciela **Data**

Opiekun **Data**

Podpis pracownika socjalnego / Prowadzącego sprawę **Data**